приказом БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» № 196 от 10.07.2020 г

## ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ/ОТКАЗ ПАЦИЕНТА С ПРОВЕДЕНИЕМ ПАРТНЕРСКИХ РОДОВ

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии статьей 20, 21 Федерального закона от 21.11.2011 г. №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Я,		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	F	.,,,,	
		(Ф.И.О. пацие	ента - полностью)		
	года	рождения,	проживающая	ПО	адресу
					,
данный разд	цел бланка заполн	яется только на лиц, не	достигших возраста 15 лет, і	или недееспособи	ых граждан
Я,					
		(фамилия, им	ия, отчество - полностью)		
паспорт:					
		(серия, номер паспо	рта, когда и кем выдан)		
			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		
		(адре			
являюсь зако	нным представит	елем (мать, отец, усыно	витель, опекун, попечител	ь) ребенка или л	тица,
признанного	недееспособным	:			
-					
	(Ф.И	І.О. ребенка или недееспособ	ного гражданина - полностью, дат	а рождения)	

Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен(а) с тем, что специалисты БУ «Нижневартовский окружной клинический перинатальный центр» при необходимости окажут мне (представляемому) квалифицированную медицинскую помощь. Методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами объемов акушерско-гинекологической помощи.

Подтверждаю, что я (представляемый) ознакомлен с положениями Федерального закона от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Хаты-Мансийском автономном округе — Югре на текущий период касаемо вопросов организации оказания медицинской помощи и сроков ее предоставления.

Мне (представляемому) разъяснено следующее:

Семейно-ориентированные (партнерские) роды – практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке женщины, а также позволяющая семьям получать максимум объективной информации, удовлетворяя их социальные, эмоциональные и бытовые потребности.

Период партнерских родов охватывает период с момента начала регулярной родовой деятельности до истечения 2 часов раннего послеродового периода.

Члену семьи (доверенному лицу) предоставляется право при наличии согласия женщины с учетом состояния ее здоровья присутствовать при рождении ребенка, за исключением случаев: экстренного оперативного родоразрешения, карантина в учреждении. Член семьи (доверенное лицо) не должен иметь признаков острых инфекционных заболеваний (повышенной температуры тела, проявлений респираторной инфекции, диареи). Реализация такого права осуществляется без взимания платы.

К участию в родах могут допускаться совершеннолетние лица, указанные в информированном добровольном согласии пациента на предоставление информации о состоянии здоровья (не более 1 человека), при наличии документа, удостоверяющего личность (с фотографией) и действующей флюорографии (в течение 1 года, с обязательной отметкой), а также результат исследования (ИХА или ПЦР), подтверждающий «отрицательный» статус по COVID-19 давностью не более, чем 48 часов до предполагаемой даты родоразрешения.

При проведении партнерских родов, поступающие в родовое отделение роженица и ее член семьи (доверенное лицо) должны быть ознакомлены с утвержденным порядком участия близких родственников (доверенных лиц) в родах под роспись и четко следовать инструкциям медицинского персонала, соблюдая все необходимые требования.

Я (представляемый) подтверждаю, что вышеизложенное мною (представляемым) прочитано, оно мне (представляемому) полностью понятно, пустые строки заполнены до подписания документа, что я и подтверждаю своей подписью. Мое (представляемого) решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное добровольное согласие/отказ с проведением партнерских родов. Слова текста, не относящиеся ко мне (представляемому), вычеркнуты, пустые строки зачеркнуты.

Я (представляемый) имел(а) возможность задавать любые вопросы и получил(а) исчерпывающие и					
понятные мне (представляемому) ответы.					
Я (представляемый) подтверждаю, что сообщил(а) врачу всю связанную с моим (представляемого)					
здоровьем, физическим и психическим состоянием информацию.					
Я (представляемый) имел(а) достаточно времени для принятия решения о согласии/отказе с проведением					
мне (представляемому) партнерских родов.					
Я (представляемый) подтверждаю, что прочитал(а) и понял(а) все вышеизложенное, имел(а) возможность					
обсудить с врачом-акушером-гинекологом все интересующие и непонятные мне (представляемому) вопросы,					
связанные с проведением партнерских родов. На все заданные вопросы я (представляемый) получил(а)					
удовлетворившие меня (представляемого) ответы, и у меня (представляемого) не осталось невыясненных					
вопросов к врачам.					
Я (представляемый) добровольно (вписать: «даю», «не даю») свое согласие с проведением					
партнерских родов и прошу медицинский персонал БУ «Нижневартовский окружной клинический					
перинатальный центр» об их проведении.					
Прошу допустить моего (представляемого) члена семьи (доверенное лицо) к участию в партнерских					
родах					
(Ф.И.О. члена семьи (доверенного лица), степень родства)					
Я, член семьи пациента (представляемого) (доверенное лицо)					
(Ф.И.О.) подтверждаю, что учитывая факт установленного в родовом					
отделении видеонаблюдения, добровольно(вписать: «даю», «не даю») свое согласие на					
ограничение своей приватности во время нахождения в БУ «Нижневартовский окружной клинический					
перинатальный центр» посредством видеонаблюдения (фотосъемки), сбора и хранения данных					
видеонаблюдения, использование фото и видеоматериалов для научных и образовательных целей, соблюдая					
при этом конфиденциальность информации и существующие нормы этики и деонтологии и подтверждает					
это своей подписью.					
Я (представляемый) подтверждаю, что я (представляемый) и член моей семьи (доверенное лицо) были ознакомлены с утвержденным порядком участия близких родственников (доверенных лиц) в родах и					
правилами внутреннего распорядка. Обязуемся выполнять необходимые требования и рекомендации					
медицинского персонала.					
Пациент (законный представитель) «»20г подпись Ф.И.О (полностью) дата					
Член семьи пациента (доверенное лицо)       «       »      20г.         подпись       Ф.И.О (полностью)       дата					
1.1.0 (10/1104-1510)					
Пациент (законный представитель) уяснил(а) цель, пользу, риск, альтернативу запланированного					
медицинского вмешательства и расписался в моем присутствии:					
Врач « » 20 г.					
подпись Ф.И.О (полностью) дата					
Переводчик (если использовался)					
(фамилия, имя, отчество) (подпись)					
Этот раздел заполняется при отсутствии возможности пациенту/законному представителю поставить подпись					
лично					
Ввиду объективных причин (					
пациент/законный представитель может изъявить свою волю, но не может поставить подпись лично. Данный документ					
заполнен врачом на основании ответов пациента/законного представителя. Содержание информированного согласия					
пациенту/законному представителю зачитано, необходимые разъяснения проведены.					
Получено устное согласие на проведение вышеуказанных медицинских вмешательств.					
Дата: «»20г Время:часмин. Врач ( )					
Врач ( )					
Этот раздел заполняется только в случае невозможности получить согласие пациента и отсутствии					
законных представителей					

Пациенту необходимо проведение медицинского вмешательства по экстренным показаниям для устранения						
угрозы жизни пациента, однако в настоящий момент отсутствует возможность получить согласие пациента (законного						
представителя) ввиду тяжести его состояния и/или угнетения/ изменения сознания (нужное подчеркнуть). Кроме того,						
в настоящий момент отсутствует законный представитель пациента или возможность связаться с ним (нужное						
подчеркнуть).						
Руководствуясь пунктом 1 части 10 статьи 20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах						
охраны здоровья граждан в РФ», консилиум (лечащий/дежурный врач) принимает решение о разрешении						
вышеуказанных медицинских вмешательств.						
Дата: «»20г Время:часмин.						
Врач()						
Врач()						
Rnau						